56

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 66

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Novembre 1905, à 1 heure

PAR

L. ROUX
Né à Tonnerre, le 8 Août 1878

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

La Rétention Intra-Utérine de l'Œuf mort

DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Président : M. BUDIN, *professeur*

Juges MM. BAR, *agrégé*
DEMELIN, *agrégé*
BRINDEAU, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Rétention intra-utérine de l'œuf mort

dans la première moitié de la grossesse

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été faits sur la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, et nous n'avons certes pas la prétention d'explorer un champ nouveau de la science. Bien loin de là, le sujet étant trop vaste, nous avons limité notre étude à la première moitié de la grossesse, pensant que, puisque c'était là que les signes étaient les moins certains et le diagnostic le plus difficile, c'était là aussi que notre effort avait le plus de chance de porter des fruits.

Nous craignons seulement, et justement à cause de la difficulté, que ces fruits ne soient trop modestes et que notre travail n'ait comme résultat que de rassembler ce que les maîtres ont dit avant nous et d'en

donner une vue d'ensemble, car ils ont laissé bien peu à glaner après eux.

Nous commencerons par une étude des causes de la mort de l'œuf, fort nombreuses quoi qu'en aient dit certains (1) ; mais nous ne nous occuperons que de celles dont la connaissance peut mettre sur la voie du diagnostic dans la question qui nous occupe.

Puis, abordant la rétention elle-même, nous essaierons de rechercher quelles sont les causes et les circonstances qui la favorisent ; nous étudierons les modifications et les altérations subies par l'œuf mort dans la première moitié de la grossesse, les signes et les moyens d'examen qui permettent de reconnaître sa rétention, les accidents et les complications qui peuvent en résulter, sa durée, et enfin les modes de terminaison et la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Mais avant d'entrer dans le corps de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser aux maîtres qui ont contribué à notre enseignement médical l'hommage de reconnaissance que nous leur devons.

Dès le début de nos études, nous avons été l'élève de M. le Dr Campenon, maître dévoué qui nous a donné les premières notions de chirurgie ; nous avons été heureux de retourner chez lui pour accomplir notre stage chirurgical et nous garderons tou-

---

1. Brion. *Etude critique sur 530 cas d'avortement.* Thèse Paris, 1892.

jours le souvenir de son obligeance, de sa bonté et de ses leçons.

MM. les Drs Huchard et Troisier nous ont initié à la connaissance des maladies du cœur et de la thérapeutique clinique ; M. le Dr Sébileau a dépensé sans compter son temps, ses soins et sa haute compétence pour nous enseigner l'oto-rhino-laryngologie ; M. le Dr Bonnaire, non content de s'appliquer à donner à nos études obstétricales une direction vraiment pratique, nous a conseillé dans le choix de notre thèse et nous a guidé dans son élaboration ; qu'ils reçoivent ici l'expression de notre vive gratitude.

Tous nos remerciements à MM. Lyot et Guillemain pour le bienveillant accueil qu'ils nous ont réservé dans leurs services de consultation et les utiles enseignements qu'ils nous ont donnés pour la pratique de la petite chirurgie, et à M. Würtz qui a bien voulu nous recevoir et nous laisser travailler dans son laboratoire.

Toute notre reconnaissance à MM. les Drs Gley et Langlois pour les utiles conseils et le bienveillant appui qu'ils nous ont toujours prodigués, à l'Ecole comme au dehors.

Nous remercions enfin bien vivement M. le professeur Budin pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CAUSES DE LA MORT DE L'ŒUF

Si nous nous occupons des causes de la mort de l'œuf, c'est que leur connaissance peut dans bien des cas être d'une grande utilité pour la reconnaissance de la rétention de l'œuf mort dans la première moitié de la grossesse.

S'il est en effet facile de faire ce diagnostic quand on a eu des signes de certitude de la grossesse, quand on a constaté l'existence, puis la suppression des mouvements actifs et des bruits du cœur fœtal, et que l'expulsion ne se produit pas, il n'en est pas de même dans la première période de la gravidité. On n'a alors que des indices qu'il faut rapprocher les uns des autres pour obtenir une indication un peu précise, et l'on comprendra qu'il ne sera pas de trop de rechercher les signes de probabilité de l'existence d'un œuf, et les causes possibles de sa mort pour donner leur valeur aux symptômes généralement peu bruyants par lesquels se traduit la rétention.

Nous ne parlerons pas des *signes de la probabilité de la grossesse ;* les classiques les décrivent avec soin, et nous ne pourrions qu'employer leurs propres termes pour ne pas risquer d'être moins clair et moins complet.

Nous ne parlerons pas davantage des causes de mort de l'œuf qui ne peuvent pas être décelées avant son expulsion, et qui sont par conséquent sans intérêt pour le diagnostic.

Nous nous bornerons à passer en revue les causes d'origine paternelle et maternelle, et celles qui proviennent de l'œuf et de ses enveloppes ; nous ne nous étendrons pas sur celles qui proviennent du père, car nous les retrouverons toutes chez la mère, avec la même action et avec plus de fréquence.

Causes d'origine paternelle. — L'influence du père se transmet par viciation du spermatozoïde ; c'est dire qu'elle n'agit guère que quand il est atteint d'infections ou d'intoxications graves et surtout chroniques. Leurs effets sont cependant indéniables, et on a observé la mort du fœtus avec des lésions caractéristiques dans de nombreux cas où le père seul était atteint.

La syphilis paternelle, selon Fournier (1) qui en cite des exemples probants, peut être transmise à l'embryon sans contaminer la mère, et l'on voit des femmes chez lesquelles l'examen le plus sévère ne peut déceler aucune trace de spécificité expulser des fœtus atteints de pemphigus, d'hypertrophie du foie, de sclérodermie ou d'autres accidents aussi caractéristiques.

La tuberculose et le cancer ont une action plus

1. Fournier. *Leçons sur la syphilis chez la femme.* Paris, 1873.

rare et moins certaine, et ne provoquent que rarement l'avortement quand la mère n'est pas atteinte.

Mais il n'en est pas de même pour l'alcoolisme et surtout pour le saturnisme. Constantin Paul (1), qui a étudié la question pour cette dernière intoxication, a trouvé douze fois la mort de l'enfant avant terme sur trente-deux grossesses, alors que le père seul était atteint.

L'action de l'impaludisme (2), du diabète (3), est rare mais non douteuse.

En résumé, l'influence du père est beaucoup moins considérable que celle de la mère, ce qui n'a pas lieu de surprendre puisque c'est dans l'organisme de celle-ci que le fœtus séjourne et se développe, et que c'est d'elle qu'il reçoit, par des échanges incessants, les matériaux qui lui sont nécessaires, mais elle est certaine et encore très importante.

Causes d'origine maternelle. — La cause de beaucoup la plus fréquente de la mort de l'œuf est une intervention criminelle, surtout aux troisième et quatrième mois, la femme escomptant d'habitude jusqu'après le second manque de menstruation une simple aménorrhée non gravidique, et s'en tenant à des pratiques emménagogues d'ordinaire infructueuses, et d'autre part n'ayant pas encore senti les

---

1. Constantin Paul. Thèse Paris, 1861.

2. E. Goth. *Zeitschrift für Geb. und gyn.* Bd. VI, p. 17. Bompiani. *Annali di obstetricia*, t. VI, p. 42 ss. (1884).

3. J. Matthews Duncan. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 1882.

mouvements actifs, ce qui éveille heureusement chez beaucoup le sens de la maternité et leur fait considérer l'avortement comme un crime, comme la suppression d'un être vivant (Bonnaire) (1).

Il est assez difficile d'établir en clinique l'avortement provoqué d'une façon certaine, les femmes évoquant d'ordinaire un traumatisme plus ou moins vague. Il est vrai qu'on n'en retrouve presque jamais les traces : pendant notre séjour à Lariboisière, dans le service de M. le Dr Bonnaire, parmi les nombreuses femmes que nous avons entendues évoquer comme cause de leur avortement une chute dans les escaliers, suivant un cliché consacré, il nous a été donné une seule fois de constater une ecchymose étendue de la région fessière qui justifiait l'explication donnée. Mais cette cause existe cependant ; et un traumatisme, une chute, un coup, peuvent fort bien amener la mort et l'expulsion du fœtus. Nous citerons à ce sujet le cas d'une femme que nous avons vue à la maternité de l'hôpital Lariboisière et qui avait avorté dans le cours du cinquième mois de sa grossesse : elle avait reçu un coup de pied violent, qui avait laissé sa trace sous la forme d'une ecchymose dessinant une semelle sur la région fessière.

La fatigue, le surmenage, la courbature, peuvent être rapprochés du traumastime à ce point de vue ;

---

1. Bonnaire. « Causes et évolution du travail de l'avortement ». *Presse médicale*, n° 35. 3 mai 1905.

leur action est démontrée par la fréquence des avortements chez les femmes qui exercent des professions particulièrement pénibles : porteuses de pain qui gravissent de nombreux escaliers, mécaniciennes qui piquent à la machine des journées entières, laveuses de lessive, etc...

Mais en fait, toutes les fois que la cause de l'avortement échappe à l'investigation clinique, toutes les fois qu'on ne trouve ni un accident vérifiable, ni aucune des causes que nous allons énumérer plus loin, la spontanéité de l'accident peut être tenue pour suspecte, et il est fort rare qu'on se trompe.

Nous nous bornerons à constater et à déplorer le nombre toujours croissant de ces faits, qui stérilise dans une certaine mesure les efforts faits par le corps médical, accoucheurs en tête, pour la préservation et la conservation des enfants, et nous passerons à l'étude des causes qui relèvent non plus de la pathologie sociale, mais de la pathologie médicale.

Les infections à évolution lente tiennent une large place dans la pathogénie de l'avortement : en première ligne et sans conteste la syphilis ; il nous suffira de citer les chiffres de Fournier qui, sur 53 femmes syphilitiques, a vu 17 avortements et 8 accouchements prématurés. Puis viennent la tuberculose, l'impaludisme, le cancer, qui agissent soit par infection directe du fœtus, soit par élévation de température, soit par intoxication et cachexie de la mère.

La propagation à l'embryon a été longtemps con-

testée ; mais elle a été démontrée par les expériences de Landouzy et Martin, les recherches de Bar et Renon, Hergott, etc..., tout au moins pour la tuberculose.

Les maladies infectieuses aiguës ont la même influence, les microbes qui les produisent et leurs toxines pouvant passer à travers le filtre placentaire.

Les toxines, produits solubles, passent naturellement comme les sels et les autres matériaux nutritifs dissous qui sont fournis physiologiquement par la mère à l'enfant ; ce sont encore elles qui, en faisant des brèches dans l'épithélium protecteur des villosités, barrière infranchissable quand elle est intacte, pour tous les corps solides, si petits qu'ils soient, permettent aux microbes de pénétrer par effraction dans l'intérieur de l'œuf et d'y causer leurs ravages.

C'est ainsi qu'agissent la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, la pneumonie, la grippe, le rhumatisme articulaire aigu (1), la scarlatine, la rougeole, la variole, etc...

Nous citerons au sujet de cette dernière maladie la curieuse observation de Chaigneau (2) qui relate le cas d'un fœtus expulsé avec des pustules caractéristiques alors que la mère n'avait pas été atteinte par la maladie, mais seulement exposée à l'infection, et

---

1. Brouillon. *De l'avortement rhumatismal*. Thèse Montpellier, 1889.

2. Chaigneau. *De l'influence de la variole sur la grossesse*, Thèse, Paris, 1847.

le cas de Mauriceau qui vint au monde avec des pustules de variole.

Les septicémies, de quelque nature qu'elles soient, apportant l'agent infectieux et généralement très virulent directement au contact de l'œuf et d'autre part atteignant très profondément la mère, sont presque toujours fatales pour la grossesse.

Les affections et lésions organiques de la mère ont souvent un fâcheux retentissement sur l'œuf : les maladies du cœur, par les troubles qu'elles apportent dans la circulation maternelle et dans les échanges ; les maladies des reins (néphrites) par l'obstacle à l'élimination des déchets ; les maladies du foie (ictères) par diminution de l'activité de cet organe, réducteur des poisons organiques ; du pancréas (diabète) par action sur l'état général de la mère.

L'avortement s'observe souvent dans ces cas ; des statistiques et des observations, en particulier celles publiées par M. Tarnier (1) pour l'ictère, par M. Budin (2) et par M. Porak (3) pour les maladies de cœur, par Matthews Duncan (4) pour le diabète, permettent d'en affirmer l'origine et la fréquence.

La constipation et la diarrhée, que l'on observe fréquemment chez les femmes enceintes, et qui reconnaissent souvent comme origine l'irritation et la

1. Tarnier et Budin. *Traité d'accouchements,* 1886, t. II, p. 75.

2. Budin. *Progrès médical*, 1873, p. 217.

3. Porak. Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

4. Matthews Duncan. *Transactions of the obstetrical Society of London,* 1882.

compression exercées sur l'intestin par l'utérus augmenté de volume, amènent la mort de l'œuf par un processus qui tient à la fois de l'infection et de l'intoxication : d'une part le coli-bacille, se trouvant en vase clos, devient virulent et infecte les organismes maternel et fœtal ; et d'autre part les poisons organiques de désassimilation, retenus par la stase des matières ou solubilisés par les sécrétions intestinales trop abondantes, passent dans le sang et produisent les effets habituels de la toxhémie.

Les intoxications en effet, qu'elles soient d'origine endogène ou d'origine exogène, sont une des grandes causes de l'avortement. Nous nous contenterons de signaler, car ils sont bien connus et hors de discussion, les effets du plomb si bien étudiés par Constantin Paul (1), de l'alcool, du tabac chez les cigarières, de l'oxyde de carbone chez les cuisinières et les repasseuses, du sulfure de carbone chez les ouvrières qui travaillent le caoutchouc, et enfin la fréquence de l'avortement chez les raffineuses et les casseuses de sucre.

Mais nous nous étendrons plus longuement sur les intoxications d'origne endogène qui sont favorisées, sinon créées, par l'état de grossesse.

L'albuminurie est le symptôme le plus fréquent de cette intoxication et il est de notion vulgaire qu'on l'observe souvent chez les femmes enceintes ; mais il

---

1. Constantin Paul, *loc. cit.* Ganyaire, Thèse Paris, 1900.

n'est pas rare d'observer des troubles plus graves, rappelant ceux du mal de Bright et de l'urémie ; œdème des membres inférieurs ou même anasarque, nausées, vomissements, troubles visuels, enfin éclampsie, qui mettent la femme en péril et amènent souvent la mort de l'œuf.

Plusieurs hypothèses ont été mises en avant pour expliquer ces accidents : compression des uretères ou des vaisseaux rénaux par l'utérus hypertrophié, congestion du rein participant à l'hyperhémie générale des organes abdominaux, perversion gravidique autonome dans le fonctionnement des grands appareils, rôle pernicieux du syncitium villositaire du chorion agissant à la façon d'un néoplasme malin ; enfin intoxication provenant du fœtus lui-même, producteur de poisons organiques qui surmènent les reins de la mère, les congestionnent, les rendent insuffisants et au degré le plus grave amènent des lésions de néphrite parenchymateuse.

Ce qui semble donner raison à ces deux dernières théories, c'est que lorsque la grossesse vient à être supprimée, en particulier lorsque le fœtus succombe dans l'utérus, presque toujours l'albuminurie et les troubles symptomatiques disparaissent. On peut admettre que l'embryon est victime de la toxhémie maternelle qu'il a lui-même produite.

La mort de l'œuf se produit selon deux mécanismes tout à fait différents : ou bien le fœtus succombe empoisonné par les toxines qu'il puise dans le sang maternel, ou bien il se produit une hémorragie soit

externe avec décollement de la caduque, soit interne avec apoplexie placentaire.

Signalons aussi l'anémie pernicieuse des femmes enceintes et l'hémophilie, probablement d'origine toxique elles aussi : la mort du fœtus précède presque toujours celle de la mère qui, elle, est à peu près constante.

La mort de l'œuf peut encore être amenée par une série d'affections portant sur les organes du bassin, en particulier sur l'utérus lui-même.

Les fibromes utérins, surtout quand ils sont interstitiels ou sous-muqueux, et quand ils siègent sur le col ou sur le segment inférieur, peuvent mettre un obstacle mécanique à l'évolution de la grossesse.

L'antéversion et la rétroversion de l'utérus gravide, souvent compliquées d'incarcération dans le petit bassin, le prolapsus utérin agissent de même et par un mécanisme analogue.

Nous pouvons en dire autant du cancer, surtout du cancer du col ayant gagné le corps ; mais là les troubles de l'état général de la mère, intoxication et cachexie consécutive, viennent encore surajouter leurs effets pour rendre l'avortement plus fréquent.

Les malformations de l'utérus, utérus double, utérus unicorne, en apportant un obstacle au développement normal de l'œuf, peuvent arriver à le faire succomber. On ne trouve pas d'autre cause de l'avortement dans l'observation suivante :

OBSERVATION I

(Recueillie à la Maternité de Lariboisière, dans le service de M. le Dr Bonnaire).

Juliette B..., 25 ans, secondipare, est réglée depuis 15 ans, quatre jours par mois ; pas d'antécédents pathologiques personnelles ni héréditaires. Aucun signe de syphilis. Sa première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant. Les dernières règles se sont terminées le 18 octobre 1904 ; elle entre dans le service le 17 janvier 1905 enceinte de deux mois et demi. Cette femme présente un vagin séparé en deux par une cloison verticale antéro-postérieure, incomplète en haut où elle a été déchirée par le premier accouchement. Au toucher, on sent à droite un col utérin normalement développé, et à gauche un autre plus petit accolé à lui. Au palper, la recherche des ligaments ronds permet de sentir deux utérus distincts.

Le 2 février, la femme perd du sang sans que l'on puisse y trouver aucune raison ; le repos au lit et les lavements laudanisés n'arrêtent pas les menaces d'avortement, et le 3 février elle expulse un œuf clair. Suites de couches bonnes ; la femme sort en bon état au bout de dix jours.

Les tumeurs du bassin, fibromes, kystes de l'ovaire, kystes hydatiques, kystes dermoïdes de l'ovaire ou du ligament large, sont à considérer dans deux circonstances différentes : ou bien elles retiennent

l'utérus dans le petit bassin, provoquant ainsi l'incarcération ou le prolapsus, ou bien elles l'accompagnent dans son ascension et produisent des accidents de compression sur la matrice et les organes voisins, avec œdème, albuminurie, troubles circulatoires, dont nous avons étudié plus haut les effets ; l'avortement en est souvent la conséquence.

La salpingite avec collection abondante et l'hématocèle rétro-utérine volumineuse peuvent aussi agir de la même façon ; mais les cas en sont rares.

Certaines conditions particulières de la mère, certains états biologiques dans lesquels elle peut se trouver pendant la gestation, ne sont pas sans influence sur l'évolution de la grossesse.

L'obésité, produisant la tendance aux hémorragies et aux apoplexies placentaires, le dépérissement et la misère physiologique ne lui permettant pas de fournir aux besoins de l'embryon en voie de développement, la trop grande jeunesse ou l'âge trop avancé, la primiparité chez certaines femmes dont l'utérus semble avoir besoin d'être préparé et habitué au rôle qu'il a à remplir et chez lesquelles il faut parfois plusieurs grossesses se terminant à une époque de plus en plus avancée pour arriver à une naissance à terme, peuvent être incriminés dans la pathogénie de l'avortement.

Enfin il est des cas très curieux où l'interruption de la grossesse se produit toujours à la même époque sans que l'on puisse en trouver la cause : c'est ce que l'on a appelé la mort habituelle du fœtus.

On a observé des cas plus singuliers encore, signalés en particulier par Hohl (1) et par Nœgelé (2), de naissances alternatives d'enfants morts et vivants, et d'enfants toujours du même sexe, ceux du sexe opposé succombant toujours avant terme.

Citons à ce sujet l'observation de Nœgelé :

OBSERVATION II

« La mère de Hohl eut dix enfants ; le premier vécut ; le second vint à terme, mais il était mort, et ainsi de suite en alternant jusqu'au neuvième. Lors de la naissance du dixième enfant, on était si sûr de le voir arriver mort qu'on ne fit aucun préparatif pour le recevoir, et cet enfant supposé mort n'était autre que Hohl lui-même. »

En l'absence d'explication plausible, on est bien forcé d'admettre une sorte d'idiosyncrasie chez les femmes qui présentent ce curieux phénomène.

Causes provenant de l'œuf. — Toutes les annexes de l'œuf sont susceptibles de présenter des affections ou des lésions capables d'amener la mort de l'embryon. Nous les étudierons méthodiquement en commençant par la périphérie.

1. Hohl. *Die Geburt missgestallt. krank. und todt. kinder.* Halle, 1850.

2. Nœgelé. und Grenser. *Traité pratique de l'art des accouchements.* Traduction Aubenas, 1869, p. 668.

La caduque utérine peut être atteinte par l'endométrite sous ses diverses formes : forme hyperplasique avec hypertrophie en général régulière et uniforme, forme végétante ou polypeuse avec saillies irrégulières qui peuvent contracter entre elles des adhérences, forme kystique simulant parfois la môle hydatiforme, forme catarrhale avec production de poches hydrorrhéiques, forme hémorrhagique, forme purulente (très rare) ; enfin formes mixtes, les plus fréquentes de toutes. Mais quand elle porte sur la caduque inter-utéro-placentaire, elle produit dans la circulation sanguine et dans les échanges des troubles suffisants pour compromettre la vie de l'embryon ; les lésions en ont été étudiées par Zinowief (1) qui les classe ainsi : hémorrhagies intra-placentaires en nappe ou circonscrites ; périartérite des vaisseaux placentaires amenant une diminution de leur calibre ; hypertrophie du tissu conjonctif, suite d'anciennes placentites diffuses ou circonscrites ; altérations des cellules déciduales et des villosités.

La caduque ovulaire peut aussi être atteinte par la métrite, quoique plus rarement à cause de sa régression plus précoce ; on l'a cependant trouvée parfois très épaissie, et quelquefois atteinte d'hémorrhagies ; Dohrn l'a même vue atteinte d'endométrite

---

1. Zinowief. « Etude sur l'histologie pathologique du placenta abortif ». *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, 1887, p. 249-321.

polypeuse (1) ; ces lésions ne laissent pas de mettre en danger l'existence de l'œuf.

Cette affection produit le plus souvent un simple décollement des membranes ; la forme catarrhale produit des poches hydrorrhéiques, dont le liquide s'écoule au dehors en se faisant un chemin en général en forme de rigole, comme le ferait le passage d'une sonde, suivant l'expression de M. Bonnaire (2). Mais elle peut aussi amener la mort du fœtus, comme le montre l'observation suivante du Dr Ollivier dont nous donnons un résumé emprunté à la thèse de Zielenski :

OBSERVATION III

Endométrite, avortement au cours du troisième mois.

Le 17 juin 1890, nous étions appelé à 10 heures du soir auprès de Mme P... qui, nous dit-on, faisait une fausse couche. Nous nous rendîmes immédiatement auprès de cette dame, et voici les renseignements qui nous furent donnés :

Mme P... était enceinte pour la dixième fois. Les six premières grossesses avaient été à terme et s'étaient terminées par la naissance d'enfants vivants. La septième grossesse

1. Zielenski. *De la métrite considérée comme cause d'avortement.* Thèse, Paris, 1894.

2. Bonnaire. « De l'hydrorrhée décidiuale ». *Semaine médicale,* 1891, p. 170. *Annales de la polyclinique de Paris,* 1890-1891, p. 241.

s'était terminée par une fausse couche à trois mois, accompagnée de contractions utérines intenses et d'une hémorrhagie insignifiante. La huitième grossesse avait été à terme, enfant vivant ; la neuvième s'était terminée à 5 mois 1/2, enfant vivant, mais mort au bout de quelques heures. Enfin la grossesse actuelle paraît avoir débuté dans les derniers jours du mois de mars ; les dernières règles étaient du 19 au 23 mars.

Mme P... est atteinte depuis longtemps d'endométrite. En effet elle souffre dans le ventre depuis de longues années, elle a de la leucorrhée, elle perd fréquemment des paquets de matières analogues à du blanc d'œuf à peine cuit, elle a un gros utérus. Fréquemment elle a des congestions utérines qui la forcent à garder le lit pendant plusieurs jours.

Dans les premiers jours d'avril, début de la grossesse actuelle, malaises, nausées le matin, douleurs dans le bas ventre ; elle est forcée de garder le lit pendant quelques jours.

Les nausées et les vomissements s'accentuent dans les premiers jours de mai ; les douleurs et la leucorrhée n'ont pas disparu ; puis tout se calme et la santé semblait s'améliorer lorsque le 17 juin, sans cause apparente, Mme P... qui n'était même pas sortie de son appartement est prise vers 8 heures du soir d'une hémorrhagie assez abondante ; elle se couche immédiatement, espérant que l'hémorrhagie s'arrêterait. Vers 9 heures des contractions utérines apparaissent. Mme P... reconnaissant qu'elle allait faire une fausse couche nous fait appeler.

A notre arrivée, nous constatons que la malade perd du sang en assez grande abondance; nous examinons les caillots qui remplissent les linges qui la garnissent, et nous n'y trou-

vons pas l'œuf. Au palper nous arrivons sur le fond de l'utérus qui dépasse légèrement le pubis et qui nous donne la sensation d'un corps fibreux tant il est dur. Au toucher, nous trouvons le vagin rempli de caillots que nous commençons par extraire, le col ramolli, légèrement entr'ouvert, mais non dilaté ; le palper et le toucher combinés nous montrent que l'utérus a le volume du poing environ; il est uniformément dur.

A 4 heures du matin Mme P... est prise d'une colique assez forte et nous avertit que quelque chose de gros vient de sortir du vagin. Nous vérifions et nous trouvons un œuf intact entre les jambes, du volume d'un œuf de canard et présentant à son extrémité la plus grosse une saillie notable, bien limitée, constituée par le placenta.

Nous faisons une incision longitudinale ; le liquide amniotique s'écoule, *nous ne trouvons pas de fœtus* ; il ne reste qu'un bout de cordon très grêle, long de 1 centimètre et qui s'insère au centre du placenta.

L'avortement fait, nous donnons une abondante injection vaginale antiseptique.

Les suites de cet avortement ont été excessivement simples ; au bout de deux jours Mme P... ne perdait plus du tout, et quinze jours après nous l'autorisâmes à se lever sur une chaise longue.

La malade était certainement atteinte d'une endométrite à forme catarrhale et hémorrhagique. Cette affection a produit la mort de l'œuf avant son expulsion, puisque l'embryon avait eu le temps de se résorber.

L'hydrorrhée décidiuale peut agir de même et faire succomber le fœtus.

OBSERVATION IV

(Recueillie dans le service de M. le Dr Bonnaire, à Lariboisière).

Hydrorrhée décidiuale. — Avortement de 5 mois environ. — Fœtus momifié pesant 170 grammes.

Marie L..., 29 ans, ménagère, a déjà eu quatre grossesses; les trois premières ont donné des enfants nés à terme qui vivent encore et sont bien portants; la quatrième s'est terminée à sept mois par l'expulsion d'un enfant macéré.

Cette femme n'a eu comme maladie qu'une rougeole dans son enfance ; elle a eu quelques pertes blanches depuis son avortement, mais, peu abondantes; elle a été réglée à 15 ans, et a toujours perdu depuis régulièrement trois ou quatre jours tous les mois.

Les dernières règles se sont montrées du 15 au 18 août 1902.

Le 2 décembre, la malade s'est aperçue le matin en se réveillant qu'elle était mouillée par un liquide légèrement teinté ; depuis ce moment, elle perd tous les jours, mais légèrement. Le 5 décembre elle entre à la maternité de l'hôpital Lariboisière ; elle a des pertes indolores, par intermittences. M. le Dr Bonnaire l'examine et fait le diagnostic d'hydrorrhée décidiuale ; il prescrit des injections vaginales et le repos au lit. Le 7 et le 8, les pertes cessent pour reparaître dans la nuit du 9 au 10 décembre ; la compresse placée devant la vulve est parsemée de taches rosées, à centre plus opaque entouré d'un cercle plus clair, grisâtre. Le 11, les pertes sont plus rouges ; celles du 12 sont couleur sau-

mon, à périphérie jaunâtre ; elles s'arrêtent dans la nuit du 12 au 13. Le 13, la malade sort disant qu'elle reviendra à la consultation si ses pertes reparaissent.

Elles se reproduisent au bout de deux jours et augmentent progressivement jusqu'au 7 janvier où elles sont très rouges et très abondantes ; la malade se décide à rentrer à l'hôpital.

Le repos produit une amélioration marquée ; le 9, les pertes sont très légères, et nulles depuis le 10 jusqu'au 14. La malade quitte de nouveau le service.

Elle revient le 17 perdant abondamment ; comme les autres fois, le repos fait diminuer les pertes ; elles deviennent insignifiantes jusqu'au 2 février. Le 20 janvier, M. Bonnaire a constaté que l'utérus était petit pour l'âge de la grossesse ; le 3 février, l'auscultation donne un résultat négatif.

Le 5 février, la malade expulse sans douleur aucune un fœtus momifié, pesant 170 grammes. Le placenta n'est pas expulsé.

Le 6, curettage, écouvillonage à la glycérine créosotée ; injection vaginale à l'eau oxygénée.

Les suites de couches sont normales ; la malade sort en bon état le 16 février.

Réflexions. — La métrite légère dont cette femme a été atteinte à la suite de la précédente grossesse a amené de l'hydrorrhée déciduale qui a fait succomber le fœtus à une date relativement précoce et correspondant à peu près au début des pertes, puisqu'il ne pesait que 170 grammes au lieu de 400 ou 500 grammes qui auraient dû être son poids à cinq mois révolus.

Les altérations du placenta jouent un grand rôle dans l'étiologie de la mort du fœtus ; c'est en effet l'organe et le siège des échanges entre la mère et l'enfant et ses diverses lésions, insertion vicieuse (placenta prævia) hémorrhagies, décollements, dégénérescence scléreuse, fibro-graisseuse, calcaire, en diminuant ou en supprimant la fonction, mettent obstacle à l'évolution du produit de la grossesse.

Les lésions des villosités choriales, et en particulier leur dégénérescence molaire, agissant par le même mécanisme ; et si l'on a vu des enfants vivants naître d'une môle hydatiforme, tel Béclard, il est beaucoup plus fréquent de trouver le fœtus complètement résorbé (môle non embryonnée) ou n'ayant laissé comme trace de son existence qu'un petit bout de cordon ; quand il subsiste, il est généralement mort.

Les affections de l'amnios, hydropisie précoce, adhérences, brides, excès ou insuffisance du liquide amniotique, sont capables de causer des malformations et la mort de l'embryon, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné que cette membrane est la plus interne et qu'elle est dans le voisinage immédiat du fœtus.

Les dispositions pathologiques du cordon, organe de première importance au point de vue de la circulation fœtale, puisque c'est par lui que le sang se rend au champ d'hématose et en revient, peuvent très bien provoquer des accidents ; l'oblitération de ses vaisseaux, les nœuds et circulaires serrés, la torsion exagérée sont capables de provoquer l'asphyxie

mortelle comme le ferait après la naissance l'arrêt de la respiration, puisque c'est dans le sang maternel que le fœtus puise l'oxygène nécessaire à son existence.

Enfin nous rattacherons aux causes provenant de l'œuf les cas où, dans la grossesse gémellaire, la mort de l'un des fœtus est causée par la présence de l'autre, soit par compression, soit par absorption de la presque totalité des matériaux nécessaires au développement, et les cas où la grossesse utérine est arrêtée par la présence simultanée d'une grossesse extra-utérine qui agit alors comme une tumeur du bassin, par obstacle mécanique et par troubles dans l'état général de la mère.

RÉTENTION DE L'ŒUF

Définition. — Après sa mort, l'œuf est expulsé au bout d'un temps qui varie dans des limites très étendues, parfois immédiatement, parfois au bout de quelques jours, parfois seulement au moment du terme ou même après. Dans ces conditions, il est fort difficile de fixer le moment où commence la rétention. Nous dirons cependant qu'il y a rétention toutes les fois que l'œuf présente au moment de son expulsion les modifications que nous allons étudier plus loin : dissolution ou momification.

Il s'agit ici bien entendu de la rétention de l'œuf total, et non pas de celle de la coque de l'œuf, placenta et membranes, qui présente d'autres caractères, et surtout de tout autres conséquences.

Causes. — Les causes qui produisent ou qui favorisent la rétention sont fort difficiles à déterminer, et dans la plupart des cas on est obligé d'avouer qu'on les ignore.

Qu'il nous soit cependant permis de faire des hypothèses, que nous ne donnons que comme des hypothèses, mais qui présentent cependant une certaine vraisemblance.

L'utérus, en présence de cet œuf mort devenu pour

lui un corps étranger qu'il devrait expulser, ne se contracte pas ou ne se contracte que d'une façon complètement insuffisante ; on peut supposer à ce fait plusieurs raisons : d'abord une résistance du col qui peut ne pas être complètement ramolli et qui n'est pas effacé ; l'état de l'œuf qui, plus ou moins ramolli et complètement passif, sollicite peu le muscle utérin ; l'état des fibres musculaires elles-mêmes qui, en pleine période d'hyperplasie, ont plus de tendance au développement qu'au travail actif, et qui ne sont pas sollicitées par la distension ; enfin, si l'on admet la théorie de Brown-Sequard, l'absence de l'acide carbonique en excès qui joue le rôle d'excitant de la contractilité dans l'accouchement normal.

Dans un autre ordre d'idées, les affections qui provoquent la mort du fœtus en affaiblissant ou en cachectisant l'organisme maternel, diminuent ou suppriment la contractilité utérine au même titre que les autres fonctions.

Signalons enfin que, dans le grand nombre d'observations d'avortement que nous avons consultées en recherchant des documents pour notre thèse, nous n'avons pas trouvé un seul cas où la rétention coïncidât avec des signes d'avortement provoqué.

Modifications subies par l'œuf. — L'œuf qui séjourne après sa mort dans la cavité utérine subit des modifications qui varient suivant l'âge auquel il a succombé.

Dans les deux premiers mois, le fœtus a une con-

sistance faible; ses tissus sont à peine différenciés et offrent fort peu de résistance : aussi il se désagrège, il se dissout « à peu près comme le cristallin se fond dans l'humeur aqueuse après l'opération de la cataracte par abaissement » (Martin, de Lyon) (1). C'est ce que l'on appelle l'œuf clair, ou œuf afœtal.

Après le deuxième mois, et surtout après le troisième, le fœtus plus résistant ne fond plus, mais au contraire se resserre et se condense comme un fruit conservé dans l'alcool ; il se momifie.

Plus tard encore, vers le cinquième mois, il se ramollit et s'étale ; il se macère. Nous ne nous occuperons pas de cette dernière modification, qui se trouve en dehors des limites que nous avons assignées à notre sujet, pas plus que de la squelettification qui se produit quand le fœtus séjourne assez longtemps dans l'utérus pour que ses tissus soient résorbés, ni de la pétrification que l'on a signalée dans la grossesse extra-utérine.

Dissolution. — Œuf clair. — Dans les deux premiers mois de la vie intra-utérine, le fœtus est composé de tissus mous ; le système nerveux et le système circulatoire commencent à apparaître, mais le système osseux ne se montre que sous forme de plaques et de languettes sombres, cartilagineuses ; on ne constate le début de l'ossification que vers la fin du deuxième mois. Le cordon ombilical avec ses vaisseaux est apparu à la fin du premier mois.

1. Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, II, p. 366. Paris, 1888.

Ces éléments sont incapables de résister aux causes de destruction qui les atteignent ; aussi leur désagrégation est rapide. Ces altérations ne se produisent pas immédiatement, car dans les avortements à marche rapide on retrouve l'embryon sous la forme d'une petite masse d'une nuance blanchâtre légèrement opaline.

Puzos n'admettait la dissolution que jusqu'à la fin du premier mois ; mais cette limite est évidemment trop étroite, car on observe assez souvent dans les œufs clairs la persistance du cordon en partie ou en totalité, ou même conservant à son extrémité libre une petite masse de tissu mollasse ; or nous avons vu que le cordon n'apparaît qu'à la fin du premier mois, et encore à cette époque est-il gros et court, ce qui ne correspond pas à ce que l'on voit le plus souvent et à ce que nous avons observé nous-même :

OBSERVATION V (*Personnelle*).

Marie G..., 23 ans, ménagère, n'a pas d'antécédents pathologiques héréditaires ; ses parents sont encore vivants et se portent bien ; elle-même n'a eu comme maladies qu'une coqueluche à 5 ans et la rougeole à 9 ans.

Elle a marché à 13 mois ; elle a été réglée à 14 ans, et depuis a toujours perdu régulièrement tous les mois pendant trois jours. Sa constitution est robuste.

Elle en est à sa première grossesse. Ses dernières règles se sont montrées du 27 au 30 août.

Le 28 octobre, étant très bien portante et se sachant enceinte de deux mois, elle s'est livrée à ses travaux habituels ; dans le courant de l'après-midi, elle s'est aperçue qu'elle perdait un peu de sang, sans pouvoir en apprécier la cause : elle n'a subi ni traumatisme ni intervention instrumentale ; elle n'a pas pris de médicaments. On ne trouve chez elle aucune trace de syphilis ; ses urines sont normales.

Pendant la nuit, elle est réveillée par de violentes coliques, accompagnées de douleurs lombaires ; elle se lève et perd d'abord du sang liquide, puis des caillots « plus gros que le poing » qu'elle jette sans les examiner.

Elle entre le 29 octobre à midi à la maternité de l'hôpital Lariboisière ; elle ne sait pas si l'œuf a été expulsé.

A 5 h. 1/2, M. Bonnaire étant venu faire une contre-visite touche la femme ; son doigt trouve dans le vagin et ramène un œuf pesant 20 grammes.

Cet œuf ouvert laisse échapper un liquide trouble, laiteux ; on ne trouve pas trace d'embryon, mais on observe, adhérant à un endroit plus épais des membranes qui marque la place du placenta, un filament mince et grêle qui n'est autre que le cordon ombilical.

L'œuf étant d'une odeur un peu fétide, on donne à la femme une injection intra-utérine iodée ; la température reste normale dans les jours qui suivent, et la femme sort en bon état le 10 novembre.

Il n'y a du reste pas de moment précis où l'embryon cesse de se dissoudre et commence à se momifier ; et lorsqu'il succombe à une certaine épo

que de son développement, il subit des modifications intermédiaires, comme le montre l'observation suivante :

OBSERVATION VI

(Recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Bonnaire.)

Marie T..., blanchisseuse, 35 ans, en est à sa onzième grossesse ; toutes sont du même père ; les quatre dernières se sont terminées par des avortements de 6 semaines à 3 mois.

Les dernières règles se sont terminées le 25 septembre 1901. Une hémorrhagie peu abondante s'est produite le 18 décembre et a duré une seule journée.

A partir du 18 janvier et pendant huit jours elle a perdu de l'eau rousse ; le 1er mars, elle a une hémorrhagie abondante qui se continue jusqu'au 11 par l'écoulement d'un liquide légèrement teinté ; elle se plaint de souffrir du ventre.

Le 11 mars, elle entre à la maternité de l'hôpital Lariboisière. Au toucher, on sent un utérus gros en rétroversion ; on procède à la réduction manuelle, qu'on maintient en appliquant un pessaire n° 7. Le fond de l'utérus ne dépasse pas le pubis. Les douleurs abdominales disparaissent.

Le 12 mars se produisirent quelques contractions utérines ; le 13 à 8 heures du matin, la femme expulse un œuf complet pesant 40 grammes et sentant un peu mauvais. Injection intra-utérine à la liqueur de Labarraque.

A l'examen, on trouve un œuf complet et fermé, ne conte-

nant presque plus de liquide amniotique, mais présentant, appendue au cordon, une petite masse de la grosseur d'un pois, qui n'est autre que le fœtus presque complètement résorbé. C'est un œuf presque clair, semblant avoir succombé vers 2 mois 1/2, probablement au moment de la première hémorrhagie.

Suites de couches normales. La femme sort au bout de neuf jours en bon état.

Le liquide que contient l'œuf clair n'est plus transparent, limpide comme dans l'œuf vivant ; il est au contraire filant, trouble, laiteux ; c'est une émulsion graisseuse, reprenant sa transparence par l'addition d'un dissolvant de la graisse, carbonates alcalins, éther ou sulfure de carbone :

OBSERVATION VII

(Lempereur) (1).

Une jeune femme de 27 ans, Julie L..., enceinte d'environ deux mois, se heurta violemment contre le pied de son lit en s'occupant des soins de son ménage. Elle sentit à l'instant même une vive douleur, et comme une sensation de déchirure dans le bas ventre. Le soir, elle perdit un peu d'eau roussâtre et quelques gouttes de sang ; le lendemain et les jours suivants il en fut de même ; la perte n'augmenta pas

1. Lempereur. Thèse Paris, 1867, p. 38.

sensiblement, mais ne s'arrêta pas non plus ; le seizième jour l'avortement eut lieu ; le produit expulsé était presque de la grosseur du poing. A l'intérieur de l'œuf, au lieu d'une sérosité transparente et citrine, il y avait un liquide louche, trouble, blanchâtre, analogue au liquide qui remplit parfois les ventricules du cerveau. Une petite partie, traitée par l'éther, reprit notablement sa limpidité.

La dissolution de l'embryon s'observe souvent dans les cas de môle hydatiforme ; les villosités dégénérées à une époque presque toujours précoce ne permettent plus les échanges et les apports de matériaux nécessaires à la vie du fœtus et à son développement ; celui-ci succombe et disparaît ; la môle continue à se développer et peut séjourner dans l'utérus pendant longtemps, parfois jusqu'au voisinage du terme : on dit dans ces cas qu'elle est non embryonnée ; mais en réalité, en cherchant soigneusement au milieu des vésicules, on trouve l'œuf entouré de ses membranes, contenant une plus ou moins grande quantité de liquide trouble, et parfois un reste de cordon, ce qui prouve bien que l'embryon a existé et qu'il a été résorbé. D'autre part, on voit des môles où le fœtus persiste, et même dans certains cas ou il est vivant et naît à terme (Béclard).

Le temps nécessaire à cette transformation, à cette fonte est fort difficile à déterminer, car il varie suivant les cas. Des observations que nous avons consultées, nous croyons pouvoir conclure qu'il faut au

moins dix à douze jours pour qu'elle soit complète, et souvent davantage. Le délai est du reste d'autant plus long que l'œuf est plus âgé et que ses tissus sont par conséquent plus différenciés et plus résistants.

Mais il n'est pas permis de rien affirmer à ce sujet, car on ne peut avoir que des probabilités au sujet de la date de la mort d'un fœtus dont l'existence ne donnait encore lieu à aucun signe de certitude, et dont on ne peut déterminer l'âge après l'expulsion puisqu'il a disparu.

Momification. — Dans la deuxième période de la vie fœtale, qui va de deux mois à quatre mois et demi, l'embryon est doué d'une force de résistance plus grande ; il est pourvu d'une charpente osseuse, rudimentaire encore, mais néanmoins solide ; ses tissus ont déjà une texture déterminée et sont composés d'éléments bien différenciés. Il échappe en partie à l'action des causes dissolvantes, il ne se liquéfie plus comme auparavant, il conserve sa forme première, mais son volume diminue ; il subit une modification toute spéciale, dont donnent une idée les divers noms sous lesquels les anciens auteurs l'ont désignée : dessèchement, racornissement, émaciation, flétrissement, momification, noms qui tous font image et montrent un des aspects du phénomène.

L'œuf est mou, sa circulation est flétrie, la caduque est épaissie, tomenteuse, friable ; l'ensemble a un aspect ridé et ratatiné.

L'ouverture de la coque donne issue à un liquide

peu abondant, épais, boueux, d'une coloration brunâtre ou grisâtre ; le fœtus se présente atteint d'un racornissement qui semble avoir débuté par les extrémités où il est plus accusé ; il est recouvert d'un enduit sale, gluant qui ressemble à de l'argile ; ses téguments ont une coloration jaunâtre, terreuse, qui contraste avec le rose vif habituel ; les tissus normalement encore mous sont resserrés, concentrés, condensés par suite de leur séjour prolongé dans la solution saline que constitue le liquide amniotique ; ils forment des couches plus minces ; le volume total est diminué ; les os du crâne chevauchent les uns sur les autres et donnent la même sensation que s'ils étaient séparés, desséchés et renfermés dans un sac en vieux cuir ; la peau de l'abdomen semble être attirée en arrière et vouloir se coller contre la colonne vertébrale ; en un mot, l'aspect d'une momie en train de se dessécher.

OBSERVATION VIII

Recueillie à la maternité de l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le Dr Bonnaire.

Emma S..., 32 ans, chemisière, est une femme bien constituée, sans antécédents pathologiques, ni personnels ni héréditaires. Elle a été réglée à 16 ans et, depuis, perd régulièrement pendant cinq jours tous les mois. Elle a déjà eu quatre grossesses qui se sont terminées par des accouchements nor-

maux à terme. Deux de ses enfants sont encore vivants ; les deux autres, élevés au biberon, sont morts en bas âge de diarrhée infantile.

Elle a eu ses dernières règles du 20 au 25 février 1904.

La grossesse a suivi son cours normal, et elle n'a rien remarqué de particulier jusqu'au 29 mai ; elle n'a eu ni pertes ni douleurs. Ce jour-là, elle a commencé à souffrir à 10 heures du soir ; elle a eu des douleurs pendant toute la nuit, et le 30 mai à 8 heures du matin elle a pris une voiture pour venir à l'hôpital : pendant le trajet elle expulse un œuf complet qu'elle présente à son arrivée.

L'examen de la femme ne permet pas de trouver la cause de l'avortement ; elle ne présente aucun signe de syphilis ; son utérus est normal et en voie d'involution.

L'œuf apporté par la malade pèse 180 grammes ; les membranes sont épaissies et opaques ; la caduque s'effrite sous la pression des doigts ; le placenta est flétri ; l'ensemble ressemble à une vessie à moitié dégonflée.

A l'ouverture, il s'écoule une petite quantité d'un liquide épais, boueux, jaunâtre. On trouve à l'intérieur rattaché au placenta par un cordon aminci, un fœtus ratatiné et recouvert d'un enduit qui ressemble à une couche d'argile. Aux membres les tissus semblent avoir disparu pour ne laisser que la peau directement appliquée sur les os ; la paroi abdominale s'enfonce et paraît presque s'appliquer sur la colonne vertébrale ; la cage thoracique fait au-dessus une saillie ; les côtes sont apparentes sous la peau ; la tête semble avoir des téguments trop grands pour elle et la pression fait chevaucher les os du crâne les uns sur les autres ; l'aspect général est celui d'un fruit desséché.

La malade reçoit une injection intra-utérine iodée ; elle sort en bon état au bout de huit jours sans avoir présenté d'élévation de température.

C'est cet état que les anciens auteurs ont désigné souvent sous le nom de putréfaction ; mais nous donnons aujourd'hui à ce mot un sens bien déterminé qu'il n'avait pas à cette époque, et qui ne s'applique en aucune façon à la momification, pas plus du reste qu'à la macération, pour laquelle ils l'employaient aussi.

Il n'y a au contraire aucune trace de putréfaction, ni l'odeur, ni les altérations caractéristiques des tissus ; le fœtus est conservé dans le liquide amniotique comme un fruit dans l'eau-de-vie, suivant l'expression souvent employée, protégé qu'il est contre les micro-organismes de la fermentation putride par les membranes restées intactes. Le liquide amniotique, après avoir dissous une partie des tissus, a subi une résorption partielle et a laissé déposer cet enduit graisseux, savonneux, argileux que l'on remarque sur le fœtus.

Un aspect particulier de la momification s'observe dans la grossesse gémellaire, lorsque l'un des fœtus a succombé dans la première partie de la grossesse ; il subit comme d'habitude les modifications de la momification ; mais de plus, comprimé par celui qui continue à se développer normalement, serré contre les parois de l'utérus, il se tasse dans un sens, à la façon d'une pâte molle que l'on comprime, il s'apla-

tit comme une galette, et se présente, suivant la comparaison de Depaul, sous l'aspect d'un petit bonhomme en pain d'épices ; il a l'air d'avoir été laminé, comme s'il avait passé sous un rouleau.

Ce caractère s'observe aussi bien sur les fœtus contenus dans le placenta lui-même que sur ceux qui sont dans les conditions ordinaires de la grossesse gémellaire, uni ou bi-vitelline. Il est si marqué et si constant qu'il a frappé la plupart des anciens observateurs, bien que leur attention n'eût pas été particulièrement attirée sur ce point. Nous en citerons quelques curieuses observations.

OBSERVATION IX

(De Vaubonnays, *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1702)

Une femme de qualité étant accouchée d'un garçon, la sage-femme fut surprise de trouver dans l'arrière-faix une espèce de vessie. Elle l'ouvrit et y trouva un fœtus femelle qui fut jugé être de quatre ou cinq mois. Cet enfant était bien formé, mais mort, et il paraissait avoir la tête écrasée. L'arrière-faix qui lui appartenait ne vint que six jours après.

OBSERVATION X

(*Merc. g.*, 1693).

La femme d'un bourgeois de Lisieux, appelé François M..., étant grosse de treize mois, faisait dire à tout le monde

qu'elle était enceinte d'une môle. Cependant elle accoucha fort heureusement d'une grosse fille le mois passé ; mais ce qu'il y eut d'extraordinaire, c'est que le sieur Le Fèvre, chirurgien, qui fut appelé dans son travail, trouva dans l'arrière-faix un second enfant que l'on jugea n'être mort que depuis fort peu de temps. Il avait la tête plate, de la grandeur de la paume de la main, épaisse de deux écus ; les parties du cerveau étaient chacune en son lieu ; il avait le col de la grosseur du petit doigt et le corps très bien formé dans sa petitesse ; la grandeur était de 6 bouts de doigt et 1 pouce, et les parties du dedans de la poitrine et du ventre inférieur fort bien composées : son bras gauche était fort petit et le droit extrêmement long ; il avait aussi les deux jambes très grandes, les extrémités bien formées, mais plates depuis le corps ; ses bras et ses jambes paraissaient comme si on avait coupé des bras et des jambes de vélin. Le cas étant rare, chacun fera là-dessus tel raisonnement qu'il lui plaira, il me suffit d'avoir exposé le fait.

OBSERVATION XI

(Nicolas de Blégny, *Zodiacus gallicus*, obs. VIII).

Une femme accoucha d'une fille ; M. Amiens, chirurgien du roi, fut appelé à cet accouchement et, voulant visiter l'arrière-faix, il y trouva un enfant mâle de la grandeur de la main, encore enveloppé de ses membranes et qui était si fort aplati dans toute la longueur qu'à peine avait-il un quart de pouce d'épaisseur, les os même du crâne ayant reçu

cette disposition au moyen des sutures ; la peau et les chairs avaient à peu près la fermeté qu'on remarque à un fœtus qui a été longtemps dans l'esprit de vin, et à peine remarquait-on dans les membranes mêmes quelque altération.

Cette dernière observation est remarquable par le soin qu'a pris son auteur de signaler, en plus de l'aplatissement du fœtus, sa consistance et son état de conservation, tous les caractères de la momification qui semblent avoir passés inaperçus aux yeux de la plupart de ses contemporains et qui n'ont été mis en lumière que par Depaul. Il est vrai qu'aujourd'hui encore on trouve bien souvent le mot de macération employé pour momification dans beaucoup d'observations de fœtus ayant succombé dans la première moitié de la grossesse, quelque grande que soit la différence entre les deux états : l'un caractérisé par la condensation et le resserrement des tissus, l'autre par leur ramollissement et leur étalement ; et l'on comprend que les anciens dont l'attention n'avait pas été attirée sur ce point aient fait cette confusion dans la plupart des cas.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

La rétention de l'œuf mort est assez difficile à reconnaître dans la première moitié de la gestation : plus tard, quand sont apparus les signes de certitude de la grossesse, le diagnostic est fait quand on a constaté l'existence des mouvements actifs ou des bruits du cœur du fœtus, puis leur disparition, et que l'avortement ne se produit pas. Mais les difficultés sont autres dans cette première période dont nous nous occupons, et d'autant plus grandes qu'on se rapproche davantage du début, alors que l'exploration directe ne donne que peu ou pas de résultats et que l'on n'a pour vous mettre sur la voie que des signes de probabilité inconstants et souvent infidèles.

Il faut cependant en faire état et rechercher soigneusement l'existence de tous les signes habituels de la grossesse, tant par un interrogatoire très sérieux et très serré de la femme, puisqu'ils peuvent avoir disparu, que par l'exploration directe, inspection, palpation et toucher, car le premier point à établir est naturellement l'existence d'une grossesse.

Nous ne nous attarderons point à cette étude que les classiques ont faite d'une façon minutieuse et

complète, et nous passerons immédiatement à celle de la mort de l'œuf (1).

Les causes qui peuvent amener cette mort donnent souvent d'utiles indications, et c'est pour cette raison que nous les avons énumérées au début de ce travail ; quand, en effet, on trouve dans les antécédents d'une femme des signes de grossesse au début et des tares pathologiques qui peuvent avoir fait succomber le fœtus, on est naturellement amené à pousser plus loin les investigations dans ce sens et à rechercher les signes que nous allons décrire maintenant.

Les anciens auteurs citaient un assez grand nombre de signes permettant de reconnaître que le fœtus a succombé ; Mauriceau leur a consacré un long paragraphe dans son ouvrage, il en a fait une énumération que nous reproduisons avec quelques additions tirées d'autres auteurs ;

Perte d'appétit, dégoût pour les aliments, face plombée, terreuse, décoloration des lèvres, regard abattu, œil terne, mort, enfoncé.

Nausées, vomissements, défaillances, syncopes, convulsions.

Bouche mauvaise, haleine très fétide, frissons.

Ventre et parties génitales livides et froids.

Ecoulement fétide par le vagin, *humidités cadavéreuses*.

---

1. Bonnaire. *Journal d'obstétrique*. Maratte, thèse Paris, 1902. « Diagnostic précoce de la grossesse ».

Pesanteur vers l'anus et la vulve, ténesme, incontinence d'urine.

Douleurs dans la tête, l'estomac, les reins, autour de l'ombilic.

Ce sont là des signes qui, heureusement pour la femme mais malheureusement pour la facilité du diagnostic, ne répondent pas à la réalité ; ils cadreraient assez bien avec le tableau clinique d'une infection consécutive à la rupture des membranes, mais ils n'ont aucune raison de se produire et on ne les observe pas lorsque celles-ci sont intactes. La femme ne ressent presque jamais aucun malaise ; bien au contraire, elle éprouve souvent un soulagement. Aussi bien ne les citons-nous que pour leur dénier toute valeur et nous étonner que des observateurs clairvoyants et scrupuleux aient pu en faire état.

Mais il en existe d'autres qui sont plus certains s'ils sont moins nombreux et moins bruyants.

I. — Les pertes utérines sont assez fréquentes, et il n'y a pas lieu de s'en étonner si l'on songe à la proportion des cas où la mort de l'œuf est due à une endométrite. Ce serait un signe excellent s'il indiquait toujours que l'œuf a succombé ; mais il est fort loin d'en être ainsi, et l'on ne compte pas les cas où une hémorrhagie des premiers mois, menace d'avortement, a été arrêtée par le repos au lit et les lavements laudanisés et n'a pas empêché la naissance à terme d'un enfant bien vivant ; il ne faut donc en faire état que si l'on trouve d'autres signes en même temps.

Lorsque le fœtus a déjà acquis un certain volume, on peut observer un ramollissement, un affaissement du ventre qui jusque-là avait été ferme et élastique ; il ressemble à une outre à demi-dégonflée ; le palper donne la sensation d'une masse *pâteuse*, *molle*, *dépressible*, *sans contours bien délimités ;* les doigts y enfoncent sans rencontrer la résistance habituelle d'un utérus contenant un fœtus qui se développe et qui met constamment en jeu l'élasticité de sa prison.

C'est là un signe d'une grande valeur quand on le constate ; mais encore faut-il pour pouvoir en faire état avoir constaté antérieurement la consistance de l'abdomen et être sûr que l'on n'a pas affaire à un ventre habituellement gros et mou.

Il en est de même pour les seins qui diminuent de volume et s'affaissent ; mais ils présentent de plus un autre signe qui a également une grande valeur, et sur lequel notre maître, M. le Dr Bonnaire, a attiré l'attention dès 1890 : c'est la colostrorrhée, l'établissement d'une sécrétion lactée à la suite de la mort du fœtus ; c'est l'un des plus précoces dans les cas de mort de l'œuf après le troisième mois, mais malheureusement il n'est pas pathognomonique ; on le rencontre aussi dans certaines grossesses avec œuf vivant. Il n'en a pas moins une grande importance et doit être recherché avec soin, car s'il est des cas où l'on observe un écoulement abondant de colostrum qui tache la chemise au niveau des seins, il en est d'autres plus nombreux où il faut le chercher, et le chercher méthodi-

quement pour le trouver : presser la glande en masse pour chasser le contenu des acini dans les canaux galactophones, puis le ramener d'avant en arrière pour le faire sourdre à l'extrémité du mamelon, et recommencer au besoin deux ou trois fois la même manœuvre.

Lorsque la grossesse est peu avancée, la montée du lait apparaît au bout de quarante à cinquante heures : la sécrétion lactée s'établit pour cesser bientôt ; c'est pendant cette courte période qu'il faut la chercher ; son absence n'infirme pas du reste le diagnostic.

Mais lorsque le début de la grossesse a été accompagné de troubles sympathiques caractéristiques leur disparition subite, coïncidant avec quelqu'un des signes que nous venons d'énumérer, lève tous les doutes.

Que l'on suppose en effet que ces troubles sont d'origine réflexe, ou que l'on admette qu'ils sont produits par une intoxication d'origine fœtale, par le passage dans la circulation maternelle des déchets et des produits de désassimilation qu'élimine l'embryon, il est facile de comprendre que la mort de ce dernier, arrêtant son développement et supprimant ses échanges, supprime du même coup les accidents qu'il causait. Ce signe a d'autant plus de valeur que, d'une part, le développement des tumeurs abdominales, intra ou extra-utérines, n'est pas accompagné des mêmes phénomènes, et que d'autre part la cessation brusque de l'albuminurie, des nau-

sées, des vomissements, des vertiges, des convulsions, etc., ne s'observe guère que dans le cas qui nous occupe.

Enfin, lorsqu'on a pu examiner la mère dans les premiers temps de la grossesse, lorsque l'on a pu constater les modifications de l'utérus et du col, son ascension et son ramollissement, son retour à la position et à la consistance normales, la disparition de la sensation de *figue mûre* (Bonnaire), constituent un excellent signe de la mort de l'œuf. Mais il faut avoir pu pratiquer le toucher antérieurement et d'autre part il se présente parfois d'autres modifications qui, si elles facilitent le diagnostic dans certains cas, comme dans l'observation que nous reproduisons ici, le gênent singulièrement dans d'autres et peuvent induire en erreur quand l'attention n'est pas appelée par des signes concomitants ou qu'elle est détournée volontairement par de fausses indications.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Commandeur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon).

Grossesse interrompue à la septième semaine : rétention de l'œuf mort pendant deux mois environ. — Expulsion spontanée sans incident.

Clémence F..., 28 ans, matelassière, entre à l'infirmerie de la maternité de la Charité le 11 janvier 1905. Bonne santé

habituelle. Série de bronchites vers l'âge de 8 ans ; n'a jamais craché le sang. A l'âge de 15 ans, chlorose. Trois grossesses antérieures terminées à terme par des accouchements normaux ; tous les enfants sont vivants, le dernier âgé de 2 ans.

L'année dernière elle a été soignée pour une dilatation d'estomac dont les symptômes ont disparu depuis quelques mois.

Les règles ont disparu depuis le 17 septembre dernier ; la grossesse serait donc d'environ quatre mois. Le début de la grossesse a évolué sans incident ; le 12 décembre, c'est-à-dire environ six semaines après le début, la malade a eu quelques pertes de sang assez abondantes, mais sans caillots ni douleurs abdominales.

Le 12 janvier, nouvelle perte sanguine présentant le même caractère, c'est-à-dire sans caillots, mais s'accompagnant de douleurs, d'ailleurs modérées, dans les flancs et dans les reins.

A son entrée à la Charité, déterminée par l'existence de ces métrorrhagies, on constate que le fond de l'utérus est à peu près à égale distance du pubis et de l'ombilic ; le col est complètement fermé, ramolli et non effacé. La malade est mise au repos au lit ; on lui donne des lavements laudanisés, et au bout de quelques jours les pertes et les douleurs disparaissent.

Elle est examinée à nouveau le 1er février, c'est-à-dire dix-neuf jours après son entrée. Tous les phénomènes d'hémorrhagie et de douleur avaient cessé depuis près de deux semaines. On constate au toucher combiné au palper que le col est fermé complètement ; le corps utérin présente le

volume d'un utérus gravide de deux mois à peine ; sa consistance est très particulière : au lieu de présenter la sensation de *figue mûre*, il forme une masse extrêmement molle, très peu tendue, et donnant nettement entre les deux mains une sensation de *fluctuation vraie*. Etant donné le volume de l'utérus, la date des dernières règles et la consistance spéciale du corps utérin, on diagnostique une grossesse interrompue au deuxième mois environ, avec œuf retenu depuis un mois et demi.

Le lendemain de l'examen, la malade expulse un œuf de deux mois. L'expulsion s'est faite en deux temps ; l'embryon était en voie de momification. Sur l'arrière-faix, on observe un gros caillot ancien rappelant par sa consistance le tissu hépatique.

Les suites de fausse couche ont été absolument normales, et la malade sort le 12 février en excellent état.

Réflexions. — La grossesse semble s'être interrompue à la septième semaine. Cette interruption paraît coïncider avec les métrorrhagies qui se sont produites le 12 décembre. La rétention de l'œuf mort a donc duré cinquante jours ; elle ne s'est accompagnée d'aucun accident fébrile, et la seule particularité a été la menace d'expulsion qui s'est produite vers le 12 janvier. Le diagnostic de la mort de l'œuf a été singulièrement facilité par la consistance anormale de l'utérus. Il est probable que les manœuvres de l'examen du 1er février ont été la cause au moins occasionnelle de l'expulsion de l'œuf.

Tout était ici pour le mieux et le diagnostic était facile ; mais bien souvent la femme, se sachant

enceinte et voyant qu'on ne fait pas le diagnostic immédiat de grossesse cherche à induire le médecin en erreur, dans l'espoir d'une intervention qui provoquera l'avortement et ne parle pas de la cessation des règles.

En résumé, s'il existe d'excellents signes de la mort de l'œuf, nous ne croyons pas qu'il en soit un seul assez certain pour qu'on puisse le considérer comme pathognomonique ; c'est toujours sur la recherche soigneuse de tous et sur la constatation simultanée de plusieurs que l'on doit baser sa conviction.

Le **diagnostic** est à faire avec les tumeurs intra-utérines, polypes et fibrômes, et avec la rétention de l'arrière-faix après expulsion d'un fœtus plus ou moins âgé.

Dans le cas de *fibrôme* intra-utérin, on observe une évolution en général plus lente, un accroissement moins rapide du volume de l'utérus ; sa consistance reste ferme et devient même plus dure qu'à l'état normal ; il n'y a pas eu à un moment donné suppression des règles ; elles sont devenues au contraire de plus en plus longues et abondantes, jusqu'à établissement d'une hémorrhagie presque continuelle, qui ne cède pas au repos au lit et aux opiacés, comme le font presque toujours les pertes qui accompagnent les menaces de fausse couche ; on ne rencontre pas les modifications que nous avons décrites du côté des seins ; enfin on observe des symptômes d'une affection à évolution lente, progressive et continue, au lieu de troubles subits et de

modifications importantes dans la marche d'une grossesse dont on retrouve des signes soit à l'examen, soit dans les commémoratifs de la malade.

La *rétention placentaire* au contraire ressemble de très près à la rétention de l'œuf complet, car le plus souvent l'expulsion de l'embryon passe inaperçue. Dans un cas comme dans l'autre, on retrouve des signes de grossesse troublée dans son évolution et un utérus qui contient encore quelque chose. Mais ce quelque chose, quand c'est une coque d'œuf, est moins bien toléré qu'un œuf complet ; l'utérus en prend moins bien son parti ; il reste plus mou avec un col plus perméable ; c'est grâce à cela que l'on peut faire le diagnostic, que l'on peut aller sentir avec le doigt un placenta rétracté, ratatiné, tapi dans une corne d'un utérus qui n'a pas fait son involution, qui est resté trop grand. Il faut faire cet examen avec soin, chercher très haut avec le doigt, passer en revue le fond et les deux cornes de l'utérus, car le diagnostic est important à faire, tant au point de vue du pronostic que de la conduite à terme.

OBSERVATION XIII

(Recueillie à la maternité de l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Bonnaire).

Emma S..., 32 ans, chemisière, entre à l'hôpital le 29 mai 1904, c'est une femme bien constituée ; sans autres antécé-

dents pathologiques qu'une rougeole dans son enfance ; elle a été réglée à 16 ans, et a toujours perdu régulièrement pendant quatre jours tous les mois. Elle en est à sa cinquième grossesse ; les quatre premières grossesses se sont terminées à terme. Deux de ses enfants sont encore vivants ; les deux autres sont morts en bas âge de diarrhée infantile.

Les dernières règles se sont montrées du 20 au 25 février ; les débuts de la grossesse ont été normaux jusqu'au 20 avril ; à cette date, après une très grande fatigue causée par le travail à la machine, elle a eu une perte abondante avec de gros caillots. Après quelques jours de repos, tout était rentré dans l'ordre, lorsque le 27 mai la malade a été prise de douleurs abdominales avec léger écoulement de sang par la vulve, à la suite encore de surmenage.

A son entrée à l'hôpital, la femme se plaint encore de quelques douleurs et perd un peu ; température 37°6 ; l'examen est fait par M. le Dr Bonnaire qui trouve un utérus mou et gros, débordant la symphyse de quatre travers de doigt ; le col, situé très haut est perméable et laisse passer le doigt avec un peu d'insistance ; le corps présente des parois molles et peu épaisses, et une grande cavité qui semble vide ; mais en déprimant très fortement le périnée et en abaissant l'utérus par pression sur la paroi abdominale, M. Bonnaire arrive sur une petite masse assez consistante, fixée dans la corne gauche de l'utérus ; il la détache par des manœuvres de curage digital et amène au dehors un placenta carnifié, rétracté et présentant une légère odeur. Injection intra-utérine iodée ; le soir la température est redevenue normale : 36°7 ; l'involution se fait dans les jours suivants, bien qu'un

peu lentement, et la malade sort en bon état le dixième jour après son entrée.

On se trouvait là sans aucun doute en présence d'une femme n'ayant fait que le premier temps de son avortement, et dont le placenta retenu jusqu'alors sans accident commençait à s'infecter. Il était de toute nécessité de ne pas croire à l'existence d'un œuf implanté sur une muqueuse atteinte de métrite, pas plus qu'à la vacuité complète de l'utérus, et l'intervention immédiate a écarté les sévères dangers de l'infection; et l'infection est le fait grave qui donne sa grande importance au diagnostic.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

Contrairement à l'avis des anciens auteurs que nous avons exposé plus haut, on peut dire que les dangers et les complications sont nuls tant que l'œuf est intact, tant que les membranes ne sont pas rompues ; à peine la femme ressent-elle parfois une pesanteur dans le bas ventre, un ballottement gênant à la suite des mouvements et des changements de position. L'utérus qui a souvent essayé de chasser l'œuf au moment où il a succombé, s'accoutume à ce contenu qui est bien devenu un corps étranger mais qui n'est pas irritant ; et il n'y a absolument rien à redouter, si ce n'est des manœuvres intempestives et maladroites qui viendraient rompre les membranes. Dans ce cas c'est l'infection et l'hémorrhagie qui peuvent se produire avec toutes leurs conséquences, et qui nécessitent une prompte intervention, l'ablation complète et rapide de tout le contenu de l'utérus. Mais tout le monde est d'accord aujourd'hui pour reconnaître l'innocuité absolue de la rétention de l'œuf complet.

DURÉE

La durée de la rétention varie dans de larges limites, depuis quelques jours jusqu'à des semaines et des mois, jusqu'au terme normal de la grossesse ou même au delà ; mais si nous avons trouvé dans la littérature médicale (1) d'assez nombreux cas de rétention prolongée de fœtus à terme ou près du terme (observations qu'il ne nous appartient pas de discuter ici, mais sur le plus grand nombre desquelles il nous paraît que l'on peut faire des réserves), nous en avons au contraire trouvé très peu où le fœtus, ayant succombé dans la première moitié de la grossesse, soit resté dans l'utérus au delà du neuvième mois (2) ; ces faits peuvent être considérés comme exceptionnels. En revanche les exemples sont nombreux de l'expulsion à terme, surtout lorsqu'il s'agit de grossesse gémellaire avec mort de l'un des deux embryons ; nous nous contenterons d'en citer quelques observations.

---

1. Lempereur. Thèse Paris, 1867. Villard, Thèse Paris, 1878.
2. Budin. « Femmes en couches et enfants nouveau-nés », *Société obstétricale de Paris*, 7 juillet 1892.

OBSERVATION XIV

(*Van der Wiel,* observation 74).

Une accoucheuse de La Haye fut appelée pour aider une femme dans un accouchement gémellaire. En examinant le délivre, voici ce qu'elle trouva : contre l'amnios d'un des fœtus s'était formé un petit corps, de la même façon qu'une petite huître est adhérente à une grosse ; il tenait au placenta par une espèce de cordon et renfermait un fœtus gros comme le doigt. C'était un garçon bien formé, entièrement desséché et aussi dur qu'une brique.

OBSERVATION XV

(Rainssant, *Journal des Savants,* 1678).

Rainssant rappelle le cas d'une dame qui venait d'accoucher de deux jumeaux : l'un à terme et vivant, l'autre n'accusant pas plus de quatre mois et si desséché que, sauf la peau, on ne sentait plus aucun tissu sur les os.

OBSERVATION XVI

(Lempereur, p. 49).

La femme B... se présente à la clinique le 12 avril 1838, éprouvant quelques incommodités qu'elle rattachait à sa gros-

sesse, arrivée, disait-elle, au terme de huit mois, bien qu'au premier coup d'œil elle ne parût pas encore. Sur l'observation qui lui en fut faite, elle déclara qu'habituellement bien réglée elle avait vu pour la dernière fois le 12 août 1837, et était devenue grosse dans la seconde quinzaine de ce mois. A la fin de décembre ou au commencement de janvier, impossible de préciser la date exacte, à la suite d'un brusque déplacement, elle avait éprouvé une hémorrhagie abondante d'une durée de plusieurs heures, qui s'était arrêtée spontanément sans produire de résultats fâcheux. Elle n'avait jamais d'ailleurs jusqu'à ce moment ressenti de douleurs utérines, et cette grossesse ressemblait de tous points à la première, la seule qu'elle eût eue auparavant.

Ces renseignements provoquèrent de la part de M. le professeur Dubois un examen local très attentif et il put constater que l'utérus était développé, déjeté dans la fosse iliaque gauche, non engagé dans l'excavation pelvienne; il s'élevait à deux travers de doigt au moins au-dessus de l'ombilic.

M. Dubois pensa que cette femme était enceinte, mais d'un terme qui ne dépassait pas cinq mois. Il l'engagea à revenir, espérant dans un autre examen, entendre les battements du cœur fœtal qu'il n'avait pu percevoir dans ses premières recherches.

Dans l'espace d'un mois, cette femme revint trois fois, et chaque fois on obtint le même résultat: absence des bruits du cœur, arrêt du développement de l'utérus.

Enfin le 24 mai, cette femme rentra à la clinique, en travail ; elle resta à la salle des accouchements pendant trois heures, au bout desquelles elle expulsa un enfant mort du sexe féminin, ayant l'apparence d'un fœtus de cinq mois.

Il s'était présenté enveloppé de ses membranes qu'on dut déchirer pour lui donner passage, mais le placenta resta dans l'utérus. La délivrance faite, on trouva le petit fœtus mort, aplati, replié sur lui-même, décoloré, l'épiderme ridé d'un blanc grisâtre. Le cordon était contourné sur lui-même comme une vrille et présentait la même décoloration que le fœtus. Cette décoloration s'étendait à toutes les parties constituantes de l'œuf. L'eau qui existait en petite quantité était blanchâtre, les membranes grises, le placenta d'une forme globuleuse et plus gris que rouge.

M. Dubois, après avoir examiné le tout, pensa que l'enfant avait cessé de vivre à peu près à cinq mois, mais que l'accouchement s'était opéré au terme ordinaire de la grossesse. Par conséquent la matrice avait gardé pendant quatre mois ce produit inerte et privé de vie, ce qui explique le défaut des signes caractéristiques de la grossesse qui suit son cours régulier et normal.

OBSERVATION XVII

(Puzos, p. 198).

Une dame de condition qui avait eu plusieurs enfants et qui était bien réglée quand elle n'était pas grosse, eut une suppression de six semaines pour laquelle je fus mandé ; de légères indispositions dont elle se plaignait et qui ressemblaient fort à celles que j'avais remarquées dans ses précédentes grossesses, me firent penser qu'elle était enceinte. Le temps confirma mon jugement. Lorsqu'elle t parvenue au terme de trois mois, il lui prit un léger

écoulement de sang qui la jeta dans quelque doute sur sa situation ; un examen complet me fit reconnaître à n'en point douter qu'elle était grosse de trois mois ou environ ; une saignée du bras et le repos au lit firent cesser la perte. A quelque temps de là il survint un accident de la même espèce ; les mêmes remèdes réussirent encore. Cependant, de temps à autre, il paraissait un peu de sang qui, malgré les continuelles précautions, ne put être solidement arrêté. Cette alternative de bien et de mal soutenue jusqu'au cinquième mois, le peu d'élévation du ventre et le défaut de mouvements de la part de l'enfant me firent soupçonner que celui-ci était mort au terme du troisième mois, et que la nature faisait effort pour s'en débarrasser toutes les fois qu'il paraissait un peu de sang. Je permis donc à cette dame de se lever, même de sortir, pour favoriser l'expulsion du fœtus mort ; mais on ne put l'obtenir, et elle parvint enfin au neuvième mois de sa grossesse. Ce fut à ce terme que, revenant un jour de la messe, elle se sentit pressée d'une envie d'aller à la garde-robe ; elle n'y fut pas plutôt qu'elle y rendit, sans beaucoup d'efforts, une masse de la grosseur du poing et dans tout son entier.

Par l'examen, on trouva un corps charnu dans l'une des parties de cette masse ; c'était le placenta qui était beaucoup plus épais qu'il ne l'est au terme de trois mois ; sa chair était aussi beaucoup plus compacte ; il était environné de membranes qu'on ouvrit, et dans lesquelles il y avait de l'eau, et un fœtus d'environ trois mois, resté par conséquent six mois dans l'utérus.

MODES DE TERMINAISON

Lorsque l'œuf reste intact, lorsqu'un accident ou une intervention intempestive ne viennent pas hâter le dénouement, l'expulsion spontanée est la règle au bout d'un temps plus ou moins long.

L'avortement se fait presque toujours en un seul temps, l'œuf étant expulsé intact grâce à son peu de consistance et à son petit volume.

Il est très rare d'observer la forme hémorrhagique, si fréquente dans les avortements avec œuf vivant ou récemment mort ; la plupart du temps, c'est la forme douloureuse qui se produit. Ces contractions rappellent celles de l'accouchement ; elles en diffèrent cependant par leur caractère plutôt lancinant que gravatif, et par leur siège plutôt pelvien que réparti à tout l'abdomen. Les douleurs, très vives, s'irradient vers les cuisses et la région sacrée ; parfois elles s'accompagnent de ténesme vésico-rectal, elles s'associent à un état de contracture permanente des expansions musculaires para-utérines. Dans ce cas la voûte vaginale est tendue et rigide, et donne aux doigts la sensation d'une sébile de bois perforée par le col utérin. Celui-ci se dilate d'une façon très différente suivant les femmes ; il n'est pas préparé par un ramollissement à l'effacement et à la

dilatation lorsqu'il est surpris par le travail trop précoce ; nous avons vu que souvent même il reprend les caractères de la non gravidité. Il cède néanmoins aux contractions utérines et livre passage à l'œuf suivant trois modalités d'ouverture bien différentes :

1° Il s'efface régulièrement de haut en bas ; sa cavité se nivelle avec celle du corps de l'utérus, comme en faisant céder une série de sphincters superposés jusqu'à l'orifice externe compris. L'utérus prend une forme conoïde régulière et affecte la disposition d'une toupie dont on aurait arraché le fer.

2° Souvent, surtout chez les primipares, l'orifice externe demeure fermé ou à peine entr'ouvert avec des bords amincis et tendus dont la rigidité contraste avec la mollesse de la portion sus-jacente ; l'œuf, chassé par les contractions du corps, se loge dans le segment inférieur distendu, sans pouvoir franchir l'orifice externe ; par le toucher combiné au palper, on sent dans ce cas le muscle utérin fortement contracté, donnant la sensation d'un fibrôme surmontant la poche rénitente du segment inférieur occupée par l'œuf. Cette disposition rappelle celle du prépuce mal ouvert dans lequel l'urine s'accumule avant de s'échapper au dehors dans la miction ; c'est ce que M. le Dr Bonnaire appelle le *col en phimosis* (1). C'est dans ce cas que les douleurs sont les plus vives et les plus longues.

1. Bonnaire. *Presse médicale*, 1905, no 35.

3° Chez les multipares dont le col est infiltré de tissu scléreux de cicatrices d'accouchements antérieurs, l'effacement peut faire totalement défaut ; le col s'ouvre cylindriquement sur toute sa hauteur ; les contractions y poussent l'œuf qui s'effile pour le traverser, ce qu'il peut faire grâce à sa mollesse et à son peu de résistance dans les premiers temps de la grossesse, étant réductible dans tous les sens ; il reprend sa forme après l'expulsion, avec la même aisance qu'il a mise à la modifier.

Après le troisième mois cependant, et surtout après le quatrième, il arrive que l'avortement se fait en deux temps ; au point de vue du pronostic et du traitement, l'expulsion de l'embryon n'est rien, la délivrance est tout, car la rétention de l'arrière-faix entraîne avec elle l'hémorrhagie et l'infection ; mais ce cas est extrêmement rare lorsque les membranes n'ont pas été rompues, car le placenta a participé en partie au dessèchement du fœtus, à sa momification ; il n'est plus que peu adhérent au muscle utérin, et se détache assez facilement pour être expulsé avec l'embryon.

Il faut dans tous les cas veiller à ce que placenta et membranes soient bien complets, car le danger est le même avec une partie de la délivrance qu'avec le tout, et la plus grande friabilité des membranes rend possible leur déchirure ou leur dédoublement.

CONDUITE A TENIR

Lorsque l'on a constaté la présence d'un œuf mort retenu dans la cavité utérine, la conduite à tenir est des plus simples lorsque les membranes sont intactes : l'expectative pure et simple est de rigueur ; nous avons vu que le séjour d'un œuf mort dans l'utérus est sans aucun danger lorsque cet œuf est complet ; il n'en est malheureusement pas toujours de même lorsque l'on intervient, et il n'est nul besoin de risquer quoi que ce soit pour mettre fin à une situation dont la prolongation est sans inconvénient.

Cette opinion est admise unanimement aujourd'hui dans le monde médical ; mais il n'en est pas de même dans le public où la mort du fœtus est encore synonyme de putréfaction, suivant les idées admises il n'y a guère plus d'un demi-siècle, et s'accompagne à bref délai de la mort de la mère si l'on n'intervient pas. Aussi faut-il savoir résister aux obsessions de la malade et surtout de son entourage qui réclament l'intervention, et vont parfois jusqu'à vous accuser de vouloir laisser mourir votre cliente si l'on ne cède pas à leurs sollicitations. Mais il ne faut pas non plus, lorsque le diagnostic est certain, mettre en œuvre les moyens que l'on emploie pour arrêter le travail dans l'avortement ordinaire, car il n'y a aucun

intérêt à maintenir dans l'utérus le corps étranger qui s'y trouve.

Lorsque les membranes sont rompues et que la femme ne présente ni lochies fétides, ni élévation de température, il faut encore attendre que la nature achève le travail ; mais il faut garder une expectative armée, prendre toutes les précautions possibles pour éviter l'infection, faire une antisepsie plus rigoureuse que jamais, et être prêt à intervenir au moindre signe, à la moindre odeur ou à la moindre ascension thermométrique.

Lorsque enfin la femme se présente avec des symptômes d'infection au début, il faut intervenir aussi vite que possible, rendre le col perméable par la dilatation (ballons, bougies de Hegar, etc...) et procéder à l'extraction du fœtus et de ses annexes. La plupart du temps l'expulsion se produit spontanément lorsque la dilatation est suffisante ; mais il faut la hâter si le travail se prolonge, car les germes d'infection sont dans la place et ne demandent qu'à agir.

S'il reste enfin des lambeaux de membranes ou de placenta, il faut les extraire en pratiquant soit le curage digital, soit le curettage avec la curette ordinaire, ou mieux avec la pince-mouchettes de M. le Dr Bonnaire qui joint à l'avantage d'être pratique l'avantage plus grand encore d'être sans danger. Un écouvillonnage consécutif à la glycérine créosotée ou à l'essence de lavande enlève les derniers débris et les caillots et met à l'abri de tout accident.

Dans tous les cas, il faut se souvenir que les altérations une fois commencées marchent plus vite que dans l'avortement ordinaire ou l'accouchement normal, que le danger est plus grand et qu'il faut par conséquent redoubler de rapidité et de précautions.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic de la rétention de l'œuf mort est souvent difficile à faire lorsqu'il a succombé dans la première moitié de la grossesse. Les symptômes doivent être recherchés soigneusement et méthodiquement, car presque toujours ce n'est que par l'ensemble de plusieurs signes que l'on arrive à se former une conviction. L'intérêt du diagnostic réside principalement en ce qu'il n'y a pas lieu de chercher à retarder ou à arrêter le travail comme dans les menaces d'avortement avec œuf vivant ;

2° La rétention se termine après une durée plus ou moins longue, qui peut atteindre ou même quelquefois dépasser le terme, par un avortement qui affecte presque toujours le type douloureux ; le type hémorrhagique est très rare.

3° Etant donnée la difficulté du diagnostic, on devra toujours se montrer d'une extrême prudence ; la conduite à tenir se résumera en deux mots : *expectative* et *surveillance ;* on ne devra jamais pratiquer l'interruption de la grossesse dans les cas normaux, la rétention de l'œuf mort *intact* étant absolument sans danger. Il faut savoir lutter contre les idées fausses encore répandues dans le public, et résister

aux sollicitations de la malade et de son entourage ;

4° Lorsque les membranes sont rompues ; s'il n'y a ni hémorrhagie, ni signes d'infection, il faut encore garder l'expectative, mais une expectative armée, et être prêt à intervenir au moindre signe de danger ;

5° Dans les cas au contraire où des accidents d'infection se produisent, si légers soient-ils, il faut pratiquer l'évacuation rapide de l'utérus, suivie d'un écouvillonnage, de façon à juguler les accidents plus graves qui viendraient compromettre la santé et même la vie de la femme.

Vu : le Président de la thèse,
BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE